

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente alcuni minuti del suo tempo per esprimere un parere sulla qualità del servizio ricevuto presso la nostra Struttura. Il questionario dovrà essere compilato in maniera assolutamente anonima e la sua opinione sarà di grande importanza per migliorare i servizi che offriamo. Potrà inserire il questionario compilato nell'apposita casella di raccolta presente presso gli ambienti della struttura.

Un sentito ringraziamento per la sua preziosa collaborazione.

Questionario di gradimento Residenziale

STRUTTURA / CENTRO: *CENTRO RONZONI VILLA - SEREGNO*

Il questionario viene compilato in data: _____

Da:

- dall'assistito con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare da un familiare
 tutore / curatore / amministratore di sostegno

Reparto/Nucleo _____

Vive nella residenza/reparto da: Meno di 6 Mesi Da 6 mesi a 2 anni Più di 2 anni Più di 4 anni

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

- Medico Curante/Pediatra Medico di altro Ospedale Sito internet Amici /parenti
 ATS/ASL Associazioni Operatori Servizio Sociale

QUANTO È SODDISFATTO DEI SEGUENTI ASPETTI?

A. E' soddisfatto/a dell'accoglienza e delle informazioni ricevute in all'ingresso residenza/reparto	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
B. E' soddisfatto/a della Carta dei Servizi (indicazioni in merito ai servizi disponibili e alle modalità per usufruirne)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
C. E' soddisfatto/a degli orari di apertura al pubblico degli uffici amministrativi e dell'accessibilità alle informazioni	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
D. E' soddisfatto/a dell'ambiente e delle strutture presenti in residenza/reparto				
D1. Ambienti comuni: aspetto, comodità, temperatura, ventilazione, luminosità (se poco o molto poco specificare per quale aspetto _____)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
D2. Camera personale: comodità, dimensione, arredo, temperatura, luminosità (se poco o molto poco specificare per quale aspetto _____)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
E. E' soddisfatto/a della cura dedicata ad igiene personale e pulizia ambienti				
E1. Cura dedicata all'igiene personale	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
E2. Pulizia dei servizi igienici e degli ambienti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F. E' soddisfatto/a del servizio di ristorazione				
F1. Qualità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco

F2. Quantità dei pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F3. Varietà del menu	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
F4. Possibilità di modificare i cibi in presenza di disturbi di masticazione, di deglutizione o per i suoi problemi di salute	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
G. E' soddisfatto/a del servizio lavanderia	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H. E' soddisfatto/a dell'organizzazione degli orari in residenza/reparto				
H1. Orari apertura alle visite	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H2. Orari pasti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H3. Orari sonno / veglia	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
H4. Frequenza video chiamate	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I. E' soddisfatto della cortesia, professionalità e sollecitudine del personale assistenziale				
I1. Personale ausiliario	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I2. Infermieri	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I3. Personale medico	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I4. Fisioterapisti/altro personale riabilitativo	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
I5. Animatori/educatori	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
J. Si sente Coinvolto nel programma di assistenza individuale/progetto riabilitativo individuale (PAI/PRI)	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
K. E' soddisfatto delle attività educative/di animazione	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
L. E' soddisfatto delle attività di fisioterapia/altre terapie riabilitative	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
M. E' soddisfatto del rispetto della sua riservatezza personale	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
N. Come percepisce l'atmosfera e il clima emotivo in residenza/reparto				
N1. E' soddisfatto/a del rapporto umano con gli altri ospiti / familiari	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
N2. E' soddisfatto/a del rapporto umano con il personale che si occupa di lei	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
N3. Percepisce cortesia, disponibilità e umanità da parte del personale nei suoi confronti	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco
O. E' soddisfatto, complessivamente, dei servizi offerti dal centro	Molto	Abbastanza	Poco	Molto Poco

VALUTAZIONE COMPLESSIVA (indicare un voto da 1 = pessimo a 7 = ottimo):

P. Come valuta complessivamente il servizio offerto?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Q. Consiglierebbe ad altri questa struttura?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Le chiediamo, infine, di volerci esprimere eventuali carenze, suggerimenti o segnalare aspetti particolarmente positivi o eventuali altri servizi di cui sente particolarmente l'esigenza.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nel ringraziarla per la cortese attenzione, la informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata ad elaborazioni statistiche che ci permettono di migliorare il servizio.

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Orari: martedì e giovedì dalle 14.00 alle 15.00 previo appuntamento
Indirizzo: Viale Piave 12, Seregno (MB)
Telefono: 0362 32381 selezionare tasto 2
mail: apepice@dongnocchi.it